

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر خودکارآمدی درد و ترس از پیشرفت بیماری میگرن در پرستاران زن شهر تبریز در سال ۱۳۹۸

هانیه خرازی نوتاش^۱، علی خادمی^{۲*}، جلیل بابا پور خیرالدین^۳، مرضیه علی وندی وفا^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۶/۲۳

خلاصه

مقدمه: خودکارآمدی پایین در مدیریت درد و ترس از پیشرفت بیماری میگرن از جمله موضوعاتی هستند که لزوم ارائه مداخلات روان‌شناختی به افراد مبتلا به سردردهای میگرنی را ضروری می‌نمایند. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر خودکارآمدی درد و ترس از پیشرفت بیماری میگرن در پرستاران زن شهر تبریز در سال ۱۳۹۸ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش، نیمه آزمایشی بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه پرستاران مبتلا به میگرن شهر تبریز در سال ۱۳۹۸ بود. تعداد ۳۰ نفر که براساس ملاک‌های ICHD-3 و دریافت نمره بالاتر از یک انحراف معیار در پرسشنامه سنجش علایم سردرد میگرن، تشخیص بیماری میگرن را دریافت کرده بودند، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به طور تصادفی ساده در گروه‌های آزمایش و گواه (۱۵ نفر در هر گروه) جایگزین شدند. هر دو گروه پرسشنامه‌های خودکارآمدی درد نیکلاس و ترس از پیشرفت هر شب‌بخ را تکمیل کردند. درمان شناختی- رفتاری گروهی طی ۸ جلسه یک ساعته (هفته‌ای دو جلسه به مدت ۴ هفته) در گروه آزمایش اعمال شد و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p=0/001$)، چنانچه مداخله مذکور باعث افزایش نمرات خودکارآمدی درد و کاهش ترس از پیشرفت بیماری در گروه آزمایش شد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به کارایی درمان شناختی- رفتاری بر افزایش خودکارآمدی درد و کاهش ترس از پیشرفت بیماری در پرستاران مبتلا به میگرن، استفاده از این روش درمانی توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی- رفتاری، خودکارآمدی درد، ترس از پیشرفت بیماری، سردرد میگرنی، پرستاران

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، تبریز، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه، ارومیه، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: alikhadem@gmail.com، تلفن: ۰۹۱۴۴۰۸۱۸۱۲

۳- استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۴- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، تبریز، ایران.

مقدمه

سردردهای میگرنی یکی از شایع‌ترین دلایل غیبت از محیط کار یا امتناع از انجام فعالیت‌های شخصی یا اجتماعی پرستاران محسوب می‌شوند [۱] و در زمره رایج‌ترین اختلالات روان‌تنی به شمار می‌روند که در برخی از مطالعات، میزان شیوع آن در جامعه ۱۲٪ (۱۸٪ در زنان و ۶٪ در مردان) برآورد شده است [۲] به علاوه مشخص شده که احتمال شیوع این بیماری در پرستاران زن بالاتر است [۳]. میگرن یک سردرد ضربان‌دار تکرارشونده با علائم گذرای عصبی است [۴] که عوامل محیطی و ژنتیکی و یا برخی از بیماری‌های روانی مشابه بسیاری از رویدادهای زیستی یا محرک‌ها در بروز آن نقش دارند. با این حال، علت اصلی وقوع این بیماری هنوز ناشناخته است [۵].

یکی از مشکلاتی که بسیاری از افراد مبتلا به بیماری میگرن با آن مواجه هستند، احساس خودکارآمدی پایین در مدیریت درد در هنگام مقابله با استرس‌های محیطی است [۶] که به میزان اعتماد فرد به توانایی‌های خود برای انجام گروهی از فعالیت‌ها با وجود درد اشاره دارد [۷]. در تحقیقات اخیر نقش احساس خودکارآمدی در بررسی‌های مرتبط با حوزه درد مشخص شده است. به عنوان مثال، نتایج مطالعات نشان داده‌اند احساس خودکارآمدی با سازگاری با درد ارتباط دارد و جنبه‌های مختلف تجربه درد را تبیین می‌کند [۸]. احساس خودکارآمدی درد با سطوح کنش‌وری [۹]، ادامه فعالیت علی‌رغم تجربه درد [۷]، به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای متفاوت و مؤثر [۱۰] رابطه دارد و در رابطه بین ترس از درد با تجربه درد و ناتوانی ناشی از درد، نقش تعدیل‌کننده ایفا می‌کند و بر نتایج و پیامدهای درمان تأثیر می‌گذارد [۱۱].

ناکارآمدی در مدیریت احساس درد باعث شکل‌گیری ترس فزاینده از پیشرفت بیماری در بسیاری از بیماری‌های مزمن پزشکی از جمله سردردهای میگرن می‌شود [۱۲]، ترس از پیشرفت بیماری، پاسخی بهنجار و مناسب به تجربه یک بیماری مزمن، ناتوان‌کننده و یا بالقوه‌کشنده با تمام پیامدهای زیست روانشناختی آن می‌باشد که ممکن است در آینده عود کند. این یک ترس غیرمرضی است که طی آن بیمار نسبت به واکنش خود کاملاً هشیار است [۱۳] ترس از پیشرفت بیماری

با در طول زمان افزایش می‌یابد [۱۴] و زمینه‌ساز بروز مشکلات متعددی از جمله غیبت‌های متعدد کاری، کیفیت زندگی کاهش‌یافته و یا مشکلات مرتبط با سلامت روان می‌شود [۱۵].

در نتیجه، با وجود مشکلات روانشناختی متعددی که بیماران مبتلا به میگرن با آن سروکار دارند، دریافت خدمات متنوع حرفه‌ای این گروه از افراد ضروری به نظر می‌رسد [۱۶]. درمان شناختی - رفتاری از جمله مداخلاتی است که در سال‌های اخیر در بهبود نشانه‌های بیماری میگرن و سردردهای تنشی و عصبی استفاده شده است [۱۷]. این درمان، ساختارمند، مشکل‌مدار و مبتنی بر یک مدل آموزشی با تأکید بر زمان حال است، که درمانگران، برای تغییر محتوا و پردازش شناختی با به کارگیری گستره متنوعی از روش‌های شناختی و رفتاری، به مراجعان آموزش می‌دهند افکار خود را ارزشیابی و تعدیل کنند و به شیوه‌های کارآمدتر تفکر را جایگزین افکار ناکارآمد سازند [۱۸].

در سال‌های اخیر کارآیی این رویکرد درمانی در بهبود بسیاری از مشکلات روانشناختی بیماران مزمن پزشکی به تأیید تجربی رسیده است. Farshbaf Manei Sefat و همکاران، در پژوهشی به مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و هیپنوتیزم درمانی بر خودکارآمدی درد و شدت درد در دختران با دیسمنوره اولیه پرداختند. براساس یافته‌ها، بین میانگین‌های تعدیل‌شده خودکارآمدی درد در گروه هیپنوتیزم‌درمانی و گروه گواه و همچنین گروه آموزش شناختی - رفتاری و گروه گواه تفاوت معنی‌دار بود. به علاوه، تفاوت معنی‌داری بین سه گروه در شدت درد وجود داشت و شدت درد در گروه شناختی - رفتاری و هیپنوتیزم درمانی در مقایسه با گروه گواه به صورت معنی‌دار کاهش یافت و مشخص شد که هیپنوتیزم درمانی مؤثرتر از آموزش شناختی - رفتاری است [۱۹]. Salami Shahid نیز در یک مطالعه آزمایشی با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی و شدت درد بیماران مبتلا به درد مزمن نشان دادند که در مرحله پس‌آزمون، گروه آزمایش بهبود معنی‌داری در خودکارآمدی درد و شدت درد نشان دادند و هر دو درمان تأثیر یکسانی در

افزایش خودکارآمدی درد داشت [۲۰]. به‌زغم چنین تحقیقاتی، تاکنون در خصوص بررسی تأثیر رویکرد شناختی- رفتاری بر خودکارآمدی درد و به ویژه ترس از پیشرفت بیماری میگرن در کشور ما مطالعه‌ای صورت نگرفته است. لذا، پژوهش حاضر با هدف تعیین درمان شناختی- رفتاری بر خودکارآمدی درد و ترس از پیشرفت بیماری میگرن در پرستاران زن شهر تبریز در سال ۱۳۹۸ انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش نیمه‌آزمایشی، با استفاده از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه پرستاران مبتلا به میگرن در سطح شهر تبریز در سال ۱۳۹۸ بود.

در این پژوهش، ۳۰ پرستار که براساس ملاک‌های سومین نسخه طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات سردرد (ICHD-3) طبق تشخیص نورولوژیست و دریافت همراه بالاتر از یک انحراف معیار در پرسشنامه سنجش علائم سردرد میگرن، تشخیص بیماری میگرن را دریافت کردند، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و با استفاده از روش تصادفی ساده (زوج برای گروه آزمایش و فرد برای گروه گواه) در گروه‌های آزمایش و گواه (۱۵ نفر در هر گروه) جایگزین گردیدند. پیش از تقسیم تصادفی کلیه افراد گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناسی نظیر میزان سن، تحصیلات و سابقه کار همسان شدند. جهت تعیین حجم نمونه از معادله برآورد حجم نمونه Fleiss استفاده شد.

$$n = \frac{2\sigma^2(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{d^2} = \frac{2(1/61)^2(1/96 + 1/28)^2}{4/507} = 12/07$$

بر اساس مطالعه Emami و Javadian Sarraf [۲۱]

بر اساس $\alpha=0/05$ و $\text{Power}=0/90$ ، $d^2=4/507$ ، $\sigma=1/6$ در نظر گرفته شد. در معادله مذکور σ انحراف معیار است که میزان پراکندگی، و d بازه اطمینان است که میزان قابل اغماض بودن بالاتر یا پایین‌تر میانگین نمونه از میانگین جامعه را نشان می‌دهد. بر اساس معادله، حجم نمونه $12/07$ بدست آمد که برای اطمینان برای هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد.

معیارهای ورود به پژوهش دریافت تشخیص بیماری میگرن براساس ملاک‌های سومین نسخه طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات سردرد (ICHD-3) و دریافت همراه بالاتر از یک انحراف معیار در پرسشنامه سنجش علائم سردرد میگرن، نداشتن اختلال جدی پزشکی همزمان که در جریان پژوهش اختلال ایجاد کند، جنسیت زن (به دلیل شیوع بالای میگرن در زنان)، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، تحصیلات کارشناسی یا کارشناسی ارشد، سابقه کار ۵ الی ۱۵ سال و موافقت برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه کتبی بود. دریافت آموزش درمان شناختی - رفتاری قبل از ورود به پژوهش و یا دریافت سایر مداخلات روانشناختی همزمان، دارا بودن اختلال روانی شدید از قبیل روان‌پریشی یا اختلالات شخصیت بر اساس پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-5) و تشخیص روانشناس، مصرف دارو، عدم همکاری یا عدم حضور در ۱ جلسه و عدم پاسخ به سؤالات پرسشنامه ملاک‌های خروج از پژوهش را تشکیل می‌دادند.

به‌منظور انتخاب نمونه و اجرای پژوهش، پس از صدور مجوز از سوی دانشگاه آزاد اسلامی تبریز و موافقت مسئولین ذیربط به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی شهر تبریز مراجعه شد. پس از اعلام فراخوان در هر یک از بیمارستان‌ها، متناسب با حجم نمونه از پرستارانی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، به‌صورت تلفنی و حضوری ثبت نام به عمل آمد. سپس، روش و چگونگی اجرای کار برای تک تک شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت آنها کسب گردید. به منظور رعایت اصول اخلاقی، فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط آنها تکمیل شد و پژوهشگر به آنها اطمینان داد که کلیه مطالب ارائه شده در جلسات آموزشی و نتایج پرسشنامه‌ها محرمانه خواهد بود. برای جلوگیری از انتقال مفاهیم آموزشی از گروه آزمایش به گواه، مداخله در دو شیفت متفاوت (صبح و عصر) انجام گرفت و بر عدم بازگویی مطالب آموزشی مطرح‌شده طی جلسات به شرکت‌کنندگان تأکید شد. درمان شناختی - رفتاری در مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی امروز واقع در شهر تبریز اجرا شد. گروه آزمایش در معرض درمان شناختی- رفتاری قرار گرفت و گروه گواه

مداخله‌ای دریافت نکرد. گروه‌های مورد بررسی طی دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارزیابی شدند. اطلاعات در این پژوهش به وسیله ابزارهای زیر گردآوری شد:

پرسشنامه سنجش علایم سردرد میگرن. این

پرسشنامه توسط Najariyan در سال ۱۳۷۶ برای ارزیابی علایم سردرد میگرن در دانشجویان بر اساس متون روانشناختی و پزشکی ساخته شد و ۲۵ سؤال دارد که در طیف لیکرت چهار درجه‌ای (از هرگز تا اغلب اوقات) نمره‌گذاری می‌شود و دامنه نمرات بین صفر تا ۱۲۵ قرار دارد [۱۷]. Sepharian Azar و همکاران، پایایی این پرسشنامه را در یک نمونه ۲۸۰ نفری با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی آن ۰/۷۶ گزارش کردند [۲۲].

پرسشنامه خودکارآمدی درد. این پرسشنامه توسط

Nicholas در سال ۱۹۸۹ برای ارزیابی شخص از توانایی خود برای انجام گروهی از فعالیت‌ها با وجود درد طراحی شده است و ۱۰ سؤال دارد که در یک طیف لیکرت هفت درجه‌ای (۰-۶) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات کل پرسشنامه در دامنه‌ای از صفر تا ۶۰ قرار دارد و نمرات بالاتر نشان‌دهنده احساس خودکارآمدی بالاتر می‌باشد [۲۳]. Nicholas پایایی پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کرد [۲۳]. در پژوهش Pouladi Rashishri و همکاران، پایایی کل پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱، ضریب بازآزمایی ۰/۷۷ و روش دونیمه‌سازی ۰/۷۸ بدست آمد [۲۴].

پرسشنامه ترس از پیشرفت. این پرسشنامه توسط

Herschbach و همکاران در سال ۲۰۱۱ به منظور ارزیابی ترس از پیشرفت بیماری بر روی نمونه‌ای از بیماران مبتلا به

سرطان، رماتیسم، میگرن و دیابت طراحی شده است و دارای ۴۳ سؤال و ۵ خرده مقیاس واکنش عاطفی، خانواده، شغل، از دست دادن خودمختاری و مقابله با اضطراب می‌باشد که در یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای (۱-۵) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات در دامنه‌ای بین صفر تا ۲۱۵ قرار دارند و نمره کل این پرسشنامه با جمع کلیه نمرات خرده مقیاس‌ها به جز خرده مقیاس مقابله با اضطراب محاسبه می‌شود [۱۳]. در مطالعه Herschbach و همکاران، همسانی پرسشنامه ۰/۹۵ گزارش شده است و پایایی بازآزمایی آن در طول بیش از سه هفته ۰/۹۴ برآورد شده است [۱۳]. در پژوهش Manafi و Dehshir پایایی پرسشنامه در خرده مقیاس‌های واکنش عاطفی، خانواده، شغل، از دست دادن خودمختاری با استفاده از روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۲، ۰/۷۶، ۰/۷۱ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ به دست آمد [۱۲].

درمان شناختی- رفتاری. بر اساس پروتکل درمانی

White [۱۸] برای بیماری میگرن به آزمودنی‌های گروه آزمایش در طی ۸ جلسه یک ساعته (هفته‌ای دو جلسه به مدت ۴ هفته) به صورت گروهی طی جلسات زیر ارائه شد (جدول ۱) (ضمن اینکه به‌روز رسانی و بررسی خلق، ایجاد ارتباط با جلسه گذشته، تنظیم دستور کار، مرور تکلیف منزل، بحث در خصوص موارد مندرج در دستور کار، تعیین تکلیف جدید، تهیه خلاصه ادواری و تهیه خلاصه نهایی و بازخورد از جلسه دوم به بعد، در طول کلیه جلسات انجام شد):

جدول ۱- پروتکل درمان شناختی- رفتاری

جلسات	محتوا
اول	معرفی و آشنایی اعضای گروه، برقراری ارتباط، تنظیم دستور کار جلسه، بررسی و درجه‌بندی خلق به صورت عینی، بازنگری مختصر مشکل فعلی، شناسایی مشکلات و تعیین اهداف، ارائه منطق درمان و آموزش مدل شناختی- رفتاری، استخراج انتظارات بیماران از درمان، آموزش و آشناسازی بیماران با بیماری میگرن، استخراج خلاصه نهایی و دریافت بازخورد و ارائه تکلیف.
دوم	به‌روز رسانی و بررسی خلق، ایجاد ارتباط با جلسه گذشته، تنظیم دستور کار، مرور تکلیف منزل، بحث در خصوص موارد مندرج در دستور کار، تعیین تکلیف جدید، تهیه خلاصه ادواری و تهیه خلاصه نهایی و بازخورد و ارائه تکلیف.
سوم	معرفی، توضیح و آشنا ساختن بیماران با افکار خودآیند و آموزش شناسایی افکار خودآیند، بررسی افکار خودآیند در طول جلسه نسبت به بیماری میگرن، شناسایی موقعیت‌های مشکل‌آفرین در صورت ناتوانی در شناسایی افکار خودآیند و ارائه تکلیف.

چهارم	آموزش زمان بندی و بازبینی فعالیت ها با استفاده از جدول فعالیت، شناسایی هیجانات، افتراق نهادن میان افکار خودآیند و هیجانات و ارائه تکلیف.
پنجم	آشنایی و شناسایی خطاهای شناختی رایج در بیماری میگرن، ارزیابی افکار خودآیند و آموزش پاسخدهی به افکار خودآیند با استفاده از برگه ثبت افکار ناکارآمد و ارائه تکلیف.
ششم	شناسایی و اصلاح باورهای میانی با استفاده از تکنیک پرسشگری سقراطی، ارزیابی مزایا و معایب یک باور و آزمایش رفتاری و مفهوم سازی شناختی و ارائه تکلیف.
هفتم	آموزش در خصوص باورهای بنیادی و بازبینی عملکرد آن ها و شناسایی آن ها، اصلاح باورهای بنیادی با استفاده از کاربرد باور بنیادی و تکنیک بررسی شواهد موافق و مخالف و ارائه تکلیف.
هشتم	مرور کلی جلسات، آموزش حل مسئله، اتمام درمان و پیشگیری از عود.

در این پژوهش ۳۰ پرستار زن شرکت کردند که میانگین و انحراف معیار سنی آنها در گروه های دریافت کننده درمان شناختی - رفتاری و گواه به ترتیب $30/22 \pm 10/41$ و $29/33 \pm 8/42$ بود. در جدول ۲ ویژگی های جمعیت شناسی گروه های آزمایش و گواه با یکدیگر مقایسه شده اند.

در این پژوهش سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد و داده های با استفاده از روش های آمار توصیفی (درصد، فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون مجذور کای، تحلیل کواریانس تک متغیره و چندمتغیره در نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها

جدول ۲- مقایسه ویژگی های جمعیت شناسی گروه های آزمایش و گواه برحسب سن، تحصیلات و سابقه کار

p	گواه		متغیر	گروه
	آزمایش	گواه		
	(فراوانی) درصد	(فراوانی) درصد		
۰/۵۴۶	۷۳/۳ (۱۱)	۴۰/۰ (۶)	۳۰-۲۰	سن
	۲۶/۷ (۴)	۶۰/۰ (۹)	۴۰-۳۰	
۰/۴۲۳	۴۶/۷ (۷)	۵۳/۳ (۸)	کارشناسی	تحصیلات
	۵۳/۳ (۸)	۴۶/۷ (۷)	کارشناسی ارشد	
۰/۲۴۷	۸۰/۰ (۱۲)	۶۰/۰ (۹)	۱۰-۵ سال	سابقه کار
	۲۰/۰ (۳)	۴۰/۰ (۶)	۱۵-۱۰ سال	

$$p > 0.05, \chi^2$$

آماره توصیفی متغیرهای خودکارآمدی درد و ترس از پیشرفت بیماری در گروه های مورد مطالعه طی مراحل ارزیابی در جدول ۳ درج شده است.

چنانچه در جدول ۲ ملاحظه می شود براساس نتایج آزمون مجذور کای می توان بیان داشت که میان گروه های آزمایش و گواه به لحاظ ویژگی های دموگرافیک تفاوت معنی داری وجود ندارد.

جدول ۳- آماره های توصیفی خودکارآمدی درد و ترس از پیشرفت بیماری در مراحل پیش آزمون و پس آزمون در گروه های آزمایش و گواه

متغیرها	گروه ها	پیش آزمون	پس آزمون
		انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین
خودکارآمدی درد	آزمایش	۲۴/۰۰ \pm ۸/۲۴	۲۸/۵۳ \pm ۷/۳۳
	گواه	۲۶/۵۳ \pm ۷/۷۹	۲۵/۹۳ \pm ۶/۱۹
ترس از پیشرفت بیماری	آزمایش	۷۸/۹۳ \pm ۸/۱۴	۷۳/۴۶ \pm ۷/۸۵
	گواه	۸۰/۶۰ \pm ۷/۱۱	۸۲/۵۳ \pm ۸/۹۲

کواریانس چندمتغیره، اثر معنی‌داری برای عامل عضویت گروهی باقی ماند. این اثر چندمتغیره نشان می‌دهد که درمان شناختی - رفتاری بر خودکارآمدی درد و ترس از پیشرفت بیماری میگرن پرستاران تأثیر دارد ($F=30/04$, $p=0/001$). به منظور تعیین اینکه در کدام یک از متغیرها تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و گواه وجود دارد از تحلیل کواریانس تک‌متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ درج شده است. چنانچه ملاحظه می‌شود، با کنترل نمرات پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و گواه در متغیرهای خودکارآمدی درد ($F=38/55$, $p=0/001$)، ترس از پیشرفت بیماری ($F=25/83$, $p=0/001$) و ترس از پیشرفت بیماری پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به علاوه، توان آماری ۱ نشان‌دهنده حجم نمونه مناسب برای چنین نتیجه‌گیری می‌باشد.

چنانچه در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، پس از اجرای درمان شناختی - رفتاری در گروه آزمایش، میانگین نمرات پرستاران زن مبتلا به بیماری میگرن در متغیر خودکارآمدی درد، و ترس از پیشرفت بیماری از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون به ترتیب افزایش و کاهش یافت. به منظور آزمون این تفاوت بین گروه آزمایش و گواه از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌های متغیرهای خودکارآمدی درد و ترس از پیشرفت بیماری به ترتیب با استفاده از آزمون‌های شاپیرو ویلک و لوین با مقادیر $p > 0/05$ تأیید شد. همگنی ماتریس کواریانس نیز با استفاده از آزمون ام باکس با مقادیر $F=9/452$, $p=0/241$ مورد تأیید قرار گرفت. مفروضه همگنی شیب رگرسیون با استفاده از محاسبه مقدار F تعامل بین متغیر همپراش و مستقل با مقادیر $F=13/471$, $p=0/144$ تأیید گردید.

پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون، به روش تحلیل

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیره برای بررسی تفاوت نمرات پس‌آزمون خودکارآمدی درد و ترس از پیشرفت بیماری در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	مجذوراتا	توان آزمون
خودکارآمدی درد	پیش‌آزمون گروه	273/80	1	273/80	23/51	0/025		
	خطا	379/40	1	42/82	25/83	0/001	0/18	1
	پیش‌آزمون گروه	266/98	28	4/94				
ترس از پیشرفت بیماری	پیش‌آزمون گروه	452/34	1	452/34	17/26	0/004		
	خطا	760/06	1	55/85	38/55	0/001	0/60	1
	خطا	854/41	28	15/82				

$p < 0/05$

بحث

در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون در گروه آزمایش بهبود معنی‌داری یافت همسو است [۲۰]. در خصوص تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر متغیر ترس از پیشرفت بیماری میگرن پژوهش مشابهی مشاهده نشد با این حال، این یافته با برخی از مطالعات پیشین که تأثیر این رویکرد درمانی را بر سردردهای میگرنی نشان دادند هم‌راستا می‌باشد. به عنوان مثال Sepharian Azar و همکاران، در مطالعه خود نشان دادند درمان شناختی - رفتاری در کاهش نشانه‌های سردرد میگرن در گروه‌های آزمایش در مقایسه با

پژوهش حاضر نشان داد درمان شناختی- رفتاری باعث افزایش خودکارآمدی درد و کاهش ترس از پیشرفت بیماری میگرن در پرستاران مبتلا به میگرن می‌شود. این یافته با نتایج مطالعه Farshbaf Manei Sefat و همکاران، مبنی بر تأثیر درمان شناختی - رفتاری بر خودکارآمدی درد و شدت درد در دختران با دیسمنوره اولیه همسو می‌باشد [۱۹]. به علاوه، این یافته با نتایج پژوهش Salami Shahid که نشان داد خودکارآمدی درد و شدت درد بر اثر درمان شناختی - رفتاری

در آنها کاهش می‌یابد.

باید توجه داشت پژوهش حاضر همچون هر پژوهشی با محدودیت‌هایی روبرو بوده است. این مطالعه تنها بر روی پرستاران شهر تبریز انجام شد. لذا قدرت تعمیم یافته‌های پژوهش به سایر نمونه‌ها را کاهش می‌دهد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌توان به نمونه‌گیری هدفمند و استفاده از طرح نیمه آزمایشی و همچنین تک بعدی بودن ارزیابی متغیرهای پژوهش (برای مثال، ارزیابی علایم میگرن صرفاً با یک ابزار) اشاره کرد. عدم انجام پیگیری نیز از جمله محدودیت‌های اساسی این پژوهش بود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود سایر محققان علاقمند به این حوزه، موضوع مورد بحث در این پژوهش را در بین پرستاران سایر شهرها انجام دهند و از سایر طرح‌های آزمایشی با نمونه‌گیری تصادفی استفاده کنند. همچنین، تأثیر مداخله مورد بحث را در دوره‌های نسبتاً بلندمدت پیگیری نمایند تا میزان ثبات نتایج در طول زمان مشخص شود. به علاوه، از سایر ابزارهای خودگزارشی و یا مصاحبه برای گردآوری اطلاعات استفاده کنند.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه درمان شناختی - رفتاری در افزایش خودکارآمدی درد و کاهش ترس از پیشرفت بیماری در پرستاران مبتلا به سردردهای میگرنی مؤثر می‌باشد، آموزش این رویکرد درمانی به عنوان یک روش مداخله‌ای مؤثر در جمعیت پرستاران پیشنهاد می‌شود.

تعارض منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشد.

سهم نویسندگان

امور مربوط به گردآوری داده‌ها به عهده هانیه خرازی نوتاش و نگارش و تجزیه و تحلیل داده‌ها به عهده علی خادمی بود. جلیل باباپور اصلاحات مقاله، و مرضیه علیوندی وفا به شناسایی نمونه متشکل از افراد میگرنی پرداخت و پیش‌آزمون را اجرا کرد.

گروه کنترل مؤثر بود [۲۲]. Nicholson و همکاران، در پژوهشی نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری در بهبود نشانه‌های بیماری میگرن مؤثر است و ۴۰ الی ۵۰٪ افرادی که درمان شناختی - رفتاری را امتحان کرده‌اند، به میزان ۵۰٪ یا بیشتر، سردردشان بهبود یافته است. به علاوه، درمان با آموزش آرام‌سازی عضلانی (پیشرونده) تا ۵۰٪ فراوانی سردردهای تنشی و میگرن را در ۴۳ الی ۵۵٪ بیمارانی که این بیماری را تجربه کرده بودند، کاهش داد [۲۵]. Recharadson و McGrath در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که تفاوت معنی‌داری در فراوانی، طول مدت و اوج سردرد بین گروه‌های آزمایش و کنترل پس از دریافت درمان شناختی- رفتاری وجود دارد [۲۶].

پرستاران مبتلا به بیماری میگرن به دلیل وجود باورهای نادرست درباره خودکارآمدی درد، نمی‌توانند به خوبی احساس درد را کنترل کنند. از این رو، شناسایی باورهای میانی به بیماران کمک می‌کند تا دریابند این باورها از کجا سرچشمه گرفته و مشکلاتشان چگونه ایجاد شده‌اند. در نهایت از طریق بازبینی عملکرد و شناسایی باورهای بنیادی، بیماران می‌توانند درباره این موضوع که بیماری میگرن چگونه باورهای بنیادی آنها را تقویت کرده، آگاه شوند و با استفاده از مداخلات شناختی - رفتاری، باورهای بنیادی خود را تعدیل و اصلاح نمایند و خودکارآمدی درد را افزایش دهند.

پرستاران مبتلا به سردردهای میگرنی از مشکلات روانشناختی متعددی رنج می‌برند که بر پیشرفت بیماری آنها تأثیر می‌گذارد و باعث شکل‌گیری ترس فزاینده‌ای از پیشرفت بیماری می‌شود؛ از این رو، درمان شناختی - رفتاری با استفاده از تکنیک‌هایی نظیر آموزش بازبینی فعالیت به ساختار بخشیدن به فعالیت‌های روزانه و افزایش میزان فعالیت‌های همراه با لذت و موفقیت کمک می‌کند و با توجه به اینکه پاسخ‌های رفتاری ناشی از ترس بیماران از پیشرفت بیماری میگرن، نتیجه باورهای ناکارآمد یا نادرست آنان درباره بیماری و درمان آن است، این باورها با آموزش شناسایی و ارزیابی افکار خودآیند، شناسایی خطاهای شناختی رایج نسبت به ترس از پیشرفت بیماری و آموزش پاسخ‌دهی به افکار خودآیند و تعدیل آنها تغییر می‌کند و ترس از پیشرفت بیماری میگرن

تشکر و قدردانی

می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌بینند تا از کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش تقدیر و تشکر به عمل آورند.

مقاله حاضر برگرفته از پژوهش مصوب در شورای تخصصی پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی تبریز مورخ ۹۷/۱۲/۱۸ به کد اخلاق شماره IR.IAU.TABRIZ.REC.1398.048

References

1. Mäki K, Vahtera J, Virtanen M, Elovainio M, Keltikangas-Järvinen L, Kivimäki M. Work stress and new-onset migraine in a female employee population. *Cephalalgia* 2008;28(1):18-25.
2. Khosravi A, Ranjbar S, Karimi Nasab M. Study of the prevalence of migraine and tension headache and its relationship with sleep quality in nurses and midwives in Shahroud University of medical sciences. *knowledge and Health. Proceedings of the 6th Iranian Epidemiology Congress*; 2010; Tehran: Iran. 2010: 192-93. [Persian]
3. Udomluck S, Tonmukayakul O, Tiansawad S, Srisuphan W. Development of Thai nurses' caring behavior scale. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research* 2010;14(1):32-44.
4. Bayrami M, Movahedi M, Movahedi Y, Azizi A, Rahimi A. The role of personality factors in predicting migraine symptoms in nurses. *Iran Journal of Nursing* 2013;26(84):71-9. [Persian]
5. Robbins MS, Lipton RB, editors. *The epidemiology of primary headache disorders. Seminars in neurology*; 2010; 30(2):107-19.
6. Warren JM. (dissertation). *The Impact of Social Cognitive Theory and Rational Emotive Behavior Therapy Interventions on Beliefs, Emotions, and Performance of Teachers*. North Carolina: North Carolina State University; 2010:57-65.
7. Nicholas MK. *The pain self- efficacy questionnaire: Taking pain into account*. *European journal of pain* 2007;11(2):153-63.
8. Pecukonis EV. Physical self-efficacy and alexithymia in women with chronic intractable back pain. *Pain Management Nursing* 2009;10(3):116-23.
9. Geisser ME, Robinson ME, Miller QL, Bade SM. Psychosocial factors and functional capacity evaluation among persons with chronic pain. *Journal of occupational rehabilitation* 2003;13(4):259-76.
10. Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of consulting and clinical psychology* 2002;70(3):678-90.
11. Woby SR, Urmston M, Watson PJ. Self- Efficacy mediates the relation between pain- related fear and outcome in chronic low back pain patients. *European Journal of Pain* 2007;11(7):711-8.
12. Manafi F, Dehshir GH. Fear of disease progression in patients with cancer and multiple sclerosis and its relation to emotional problems. *Quarterly Journal of Health Psychology* 2017;6(22):115-130. [Persian]
13. Herschbach P, Book K, Dinkel A, Berg P, Waadt S, Duran G, et al. Evaluation of two group therapies to reduce fear of progression in cancer patients. *Supportive care in cancer* 2010;18(4):471-9.
14. Herschbach P, Dinkel A. Fear of progression. *Psycho-Oncology: Springer* 2014;197 : 11-29.
15. Zemestani M, Mehrabian T, Mosalman M. Prediction of the Amount of Worrying Based on Meta-Cognitive Beliefs and Rumination in Students. *IJPN* 2016;4(3):51-7. [Persian]
16. D'Amico D, Tepper SJ. Prophylaxis of migraine: general principles and patient acceptance *Neuropsychiatr Dis Treat* 2008;4(6):1155-7.
17. Rajabi S, Abbasi Z. The epidemiology of migraine headaches and the efficacy of Fordyce's happiness training on reducing symptoms of migraine and enhancing happiness. *Contemporary Psychology* 2015;9(2):89-100. [Persian]
18. Craig A. *Cognitive behavioral therapy for chronic medical problems*. 1nd ed. Uk: Wiley-Blackwell; 2001: 11-9.
19. Farshbaf Manei Sefat F, Abolghasemi A, Barahmand U, Hajloo N. Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Hypnosis Therapy Pain Self-Efficacy and Pain Severity in Girls

- with Primary Dysmenorrhea. *Armaghane danesh* 2017;22(1):87-103. [Persian]
20. Salami Shahid H. (dissertation). Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy with Acceptance and Commitment-Based Therapy on Depression, Quality of Life, Self-Efficacy and Pain Severity in Patients with Chronic Pain. Najaf Abad: Islamic Azad University of Najaf Abad;2015:95-7. [Persian]
 21. Javadian SN, Emami T. The comparison of the effect of the number of aerobic and yoga sessions on physical self-description components of female university students. *Development and Motor Learning* 2009; (2):127-45. [Persian]
 22. Sefarian AF, Asadaniya S, al-Razaei AAM. The Effectiveness of Gestalt Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on the Improvement of Migraine Headaches in Female Students. *New psychological research* 2012;8(31):35-52. [Persian]
 23. Nicholas MK. Self-efficacy and chronic pain. *Proceedings of the Annual Conference of the British Psychological Society*; 1989 April 4; St Andrews, Scotland. 1989: 110-18.
 24. Pouladi RA, Najarian B, Shokrkon H, Mehrabizadeh HM. The Effectiveness of cognitive, relaxation and behavioral methods therapies for improving chronic back pain in male high school teachers in Ahvaz city. *QJESPAC* 2001;3(1-2):49-72. [Persian]
 25. Nicholson RA, Buse DC, Andrasik F, Lipton RB. Nonpharmacologic treatments for migraine and tension-type headache: how to choose and when to use. *Current treatment options in neurology* 2011;13(1):28-40.
 26. Richardson GM, McGrath PJ. Cognitive- behavioral therapy for migraine headaches: A minimal- therapist- contact approach versus a clinic- based approach. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* 1989;29(6):352-7.

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Pain Self-efficacy and Fear of Migraine Progression among Female Nurses in Tabriz in 2019

Kharazi Nutash H¹, Khademi A², Babapour kheyradin J³, Alivandi Vafa M⁴

1- PhD student, Dept of Psychology, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz, Iran.

2 - Associate prof, Dept of Psychology, Islamic Azad University, Urmia Branch, Urmia, Iran. (Corresponding Author)

Email: alikhadem@gmail.com, Tel: 09144081812

3 – Prof, Dept of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran.

4 - Assistant prof, Dept of Psychology, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Tabriz, Iran.

Received: 7 April 2019 Accepted: 14 September 2019

Introduction: Low self-efficacy in the management of pain and fear of migraine progression are among the issues that require psychological interventions for people with migraine headaches. Accordingly, the present study aimed to determine the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on pain self-efficacy and fear of migraine progression in female nurses working in Tabriz in 2019.

Materials and Methods: This study employed a quasi-experimental design. The research population included all nurses suffering from migraine in Tabriz in 2019. A total number of 30 nurses who were diagnosed with migraine based on ICHD-3 criteria and received mean scores one standard deviation above on the migraine headache symptom questionnaire were selected using purposeful sampling and were randomly placed into the experimental and control groups (each with 15 participants). The participants in the two groups completed the Pain Self-Efficacy Questionnaire (Nicholas, 2007) and Fear of Progression Questionnaire (Herschbach et al. 2009) as the pre-test and post-test. The group cognitive-behavioral therapy was performed in 8 sessions each lasting one hour (4 weeks in total) for the participants in the experimental group and the control group did not receive any intervention. The collected data were analyzed using univariate and multivariate and analysis of covariance (ANCONA) in SPSS software (Version 23).

Results: There was a significant difference between the experimental and control groups in terms of their mean scores on the post-test ($p=0.001$), indicating that the intervention significantly increased the scores of the pain self-efficacy and decreased fear of disease progression in the experimental group.

Conclusion: Considering the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on increasing the pain self-efficacy and reducing the fear of disease progression in nurses with migraines, is recommended the use of this therapy technique.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, Pain self-efficacy, Fear of progression, Migraine, Nurses

Please cite this article as follows:

Kharazi Nutash H, Khademi A, Babapour J, Alivandi Vafa M. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Pain Self-efficacy and Fear of Migraine Progression among Female Nurses in Tabriz in 2019. *Community Health journal* 2019; 13(2): 23-32.

Funding: Personal funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Tabriz University of Medical Sciences approved the Research Project.